

# Questionario Responsabilità civile professionale per le professioni sanitarie

(ed. 5/2015)

Cognome	Nome	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale/P.IVA	Anno di nascita	
Comune di residenza	C.A.P.	Provincia di residenza
Tipologia contrattuale		

## Professioni/Attività

<b>Professione esercitata 1</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 2</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 3</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 4</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 5</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ulteriore attività esercitata di pronto soccorso/medicina d'urgenza  SI  NO

Attività esercitate dal professionista nei 5 anni precedenti se differenti da quelle di oggi

<b>Professione esercitata 1</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 2</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 3</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 4</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 5</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Assicurazioni in corso o scadute ma con garanzie operative per le stesse coperture richieste (indicare società, garanzie prestate, n° polizza, somme assicurate, scadenza):	Società, garanzie prestate, n° polizza, somme assicurate, scadenza
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
	_____
	_____

Richieste ricevute di risarcimento negli ultimi 5 anni e/o presenza di sinistri per le garanzie prestate in polizza (se si indicare anno, controparte importo pagato e riservato):

SI  NO

Anno, controparte, importo pagato e riservato

---

---

---

Siete a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento nei suoi confronti (rispondere alla domanda solo se interessati all'acquisto della copertura per la Responsabilità civile professionale):

SI  NO

Sanzioni disciplinari da parte dell'ordine professionale  SI  NO

Tipologia sanzione

Motivazione

Sanzione

Data

Con la sottoscrizione del presente questionario – composto da 2 pagine compresa la presente – il richiedente dichiara di essere autorizzato ad effettuare le seguenti dichiarazioni.

Dichiara altresì che le risposte e le dichiarazioni rese sono complete e veritiere e che nessun fatto è stato taciuto e omesso.

## Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Cognome, nome, titolo del Titolare dello studio \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Per rispettare la legge in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), La/Vi informiamo che i dati da Lei/Voi forniti, e col Suo/Vostro consenso, saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e saranno utilizzati dalle società Zurich Insurance P.l.c (Public Limited Company) - Rappresentanza Generale per L'Italia e Zuritel S.p.A. (entrambe con sede in via Benigno Crespi 23, 20159 Milano) unicamente per la valutazione del rischio e del relativo premio da applicare allo stesso.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza e più specificamente: aree di business danni e vita, liquidazione sinistri, servizi interni quali comunicazione, legale, organizzazione, auditing, compliance, antifrode, attuarato, sistemi informativi, amministrazione, finanza, sicurezza e protezione.

I dati personali da Lei/Voi forniti potranno essere comunicati, sempre limitatamente al fine di valutare il rischio ed il relativo premio da applicare allo stesso, a soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio banche e SIM); associazioni/enti/società terze con cui le società abbiano concluso convenzioni o accordi di co-marketing per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni; società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali nonché per finalità di reporting; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto.

In qualsiasi momento Lei/Voi potrà/potrete rivolgersi/Vi per informazioni al nostro Servizio Clienti -via Benigno Crespi 23, 20159 Milano - tel. 02/5966.2510, oppure fare richiesta scritta alle Società titolari per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.).

## Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa, con la quale, per rispettare la legge sulla "privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Acconsento/tiamo  SI  NO

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano  
Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) al n. I.00066 in data 3/1/08 - C.F./PIVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia  
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Pl@pec.zurich.it - www.zurich.it



**ZURICH**<sup>®</sup>

# Questionario Responsabilità civile professionale per le professioni sanitarie

(ed. 5/2015)

Cognome	Nome	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale/P.IVA	Anno di nascita	
Comune di residenza	C.A.P.	Provincia di residenza
Tipologia contrattuale		

## Professioni/Attività

<b>Professione esercitata 1</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 2</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 3</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 4</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 5</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ulteriore attività esercitata di pronto soccorso/medicina d'urgenza  SI  NO

Attività esercitate dal professionista nei 5 anni precedenti se differenti da quelle di oggi

<b>Professione esercitata 1</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 2</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 3</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 4</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 5</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Assicurazioni in corso o scadute ma con garanzie operative per le stesse coperture richieste (indicare società, garanzie prestate, n° polizza, somme assicurate, scadenza):	Società, garanzie prestate, n° polizza, somme assicurate, scadenza
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
	_____
	_____

Richieste ricevute di risarcimento negli ultimi 5 anni e/o presenza di sinistri per le garanzie prestate in polizza (se si indicare anno, controparte importo pagato e riservato):

SI  NO

Anno, controparte, importo pagato e riservato

---

---

---

Siete a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento nei suoi confronti (rispondere alla domanda solo se interessati all'acquisto della copertura per la Responsabilità civile professionale):

SI  NO

Sanzioni disciplinari da parte dell'ordine professionale  SI  NO

Tipologia sanzione

Motivazione

Sanzione

Data

Con la sottoscrizione del presente questionario – composto da 2 pagine compresa la presente – il richiedente dichiara di essere autorizzato ad effettuare le seguenti dichiarazioni.

Dichiara altresì che le risposte e le dichiarazioni rese sono complete e veritiere e che nessun fatto è stato taciuto e omesso.

## Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Cognome, nome, titolo del Titolare dello studio \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Per rispettare la legge in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), La/Vi informiamo che i dati da Lei/Voi forniti, e col Suo/Vostro consenso, saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e saranno utilizzati dalle società Zurich Insurance P.l.c (Public Limited Company) - Rappresentanza Generale per l'Italia e Zuritel S.p.A. (entrambe con sede in via Benigno Crespi 23, 20159 Milano) unicamente per la valutazione del rischio e del relativo premio da applicare allo stesso.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza e più specificamente: aree di business danni e vita, liquidazione sinistri, servizi interni quali comunicazione, legale, organizzazione, auditing, compliance, antifrode, attuarato, sistemi informativi, amministrazione, finanza, sicurezza e protezione.

I dati personali da Lei/Voi forniti potranno essere comunicati, sempre limitatamente al fine di valutare il rischio ed il relativo premio da applicare allo stesso, a soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio banche e SIM); associazioni/enti/società terze con cui le società abbiano concluso convenzioni o accordi di co-marketing per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni; società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali nonché per finalità di reporting; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto.

In qualsiasi momento Lei/Voi potrà/potrete rivolgersi/Vi per informazioni al nostro Servizio Clienti -via Benigno Crespi 23, 20159 Milano - tel. 02/5966.2510, oppure fare richiesta scritta alle Società titolari per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.).

## Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa, con la quale, per rispettare la legge sulla "privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Acconsento/tiamo  SI  NO

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano  
Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) al n. 1.00066 in data 3/1/08 - C.F./PIVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia  
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Pl@pec.zurich.it - www.zurich.it



**ZURICH**<sup>®</sup>

# Questionario Responsabilità civile professionale per le professioni sanitarie

(ed. 5/2015)

Cognome	Nome	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale/P.IVA	Anno di nascita	
Comune di residenza	C.A.P.	Provincia di residenza
Tipologia contrattuale		

## Professioni/Attività

<b>Professione esercitata 1</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 2</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 3</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 4</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 5</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ulteriore attività esercitata di pronto soccorso/medicina d'urgenza  SI  NO

Attività esercitate dal professionista nei 5 anni precedenti se differenti da quelle di oggi

<b>Professione esercitata 1</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 2</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 3</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 4</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Professione esercitata 5</b>	descrizione
con intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Primariato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specializzando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Assicurazioni in corso o scadute ma con garanzie operative per le stesse coperture richieste (indicare società, garanzie prestate, n° polizza, somme assicurate, scadenza):

SI  NO

Società, garanzie prestate, n° polizza, somme assicurate, scadenza

---



---



---

Richieste ricevute di risarcimento negli ultimi 5 anni e/o presenza di sinistri per le garanzie prestate in polizza (se si indicare anno, controparte importo pagato e riservato):

SI  NO

Anno, controparte, importo pagato e riservato

---

---

---

Siete a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento nei suoi confronti (rispondere alla domanda solo se interessati all'acquisto della copertura per la Responsabilità civile professionale):

SI  NO

Sanzioni disciplinari da parte dell'ordine professionale  SI  NO

Tipologia sanzione

Motivazione

Sanzione

Data

Con la sottoscrizione del presente questionario – composto da 2 pagine compresa la presente – il richiedente dichiara di essere autorizzato ad effettuare le seguenti dichiarazioni.

Dichiara altresì che le risposte e le dichiarazioni rese sono complete e veritiere e che nessun fatto è stato taciuto e omesso.

## Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Cognome, nome, titolo del Titolare dello studio \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Per rispettare la legge in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003), La/Vi informiamo che i dati da Lei/Voi forniti, e col Suo/Vostro consenso, saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e saranno utilizzati dalle società Zurich Insurance P.l.c (Public Limited Company) - Rappresentanza Generale per L'Italia e Zuritel S.p.A. (entrambe con sede in via Benigno Crespi 23, 20159 Milano) unicamente per la valutazione del rischio e del relativo premio da applicare allo stesso.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili" ed "incaricati" per rispettive aree di competenza e più specificamente: aree di business danni e vita, liquidazione sinistri, servizi interni quali comunicazione, legale, organizzazione, auditing, compliance, antifrode, attuariato, sistemi informativi, amministrazione, finanza, sicurezza e protezione.

I dati personali da Lei/Voi forniti potranno essere comunicati, sempre limitatamente al fine di valutare il rischio ed il relativo premio da applicare allo stesso, a soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio banche e SIM); associazioni/enti/società terze con cui le società abbiano concluso convenzioni o accordi di co-marketing per la stipulazione di contratti assicurativi a particolari condizioni; società del Gruppo controllanti, controllate e/o sottoposte a comune attività di direzione e coordinamento in esecuzione di obblighi di legge o contrattuali nonché per finalità di reporting; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto.

In qualsiasi momento Lei/Voi potrà/potrete rivolgersi/Vi per informazioni al nostro Servizio Clienti -via Benigno Crespi 23, 20159 Milano - tel. 02/5966.2510, oppure fare richiesta scritta alle Società titolari per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.).

## Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa, con la quale, per rispettare la legge sulla "privacy", La/Vi abbiamo informata/i sull'uso dei Suoi/Vostri dati personali e sui Suoi/Vostri diritti (art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196), Lei/Voi può/potete esprimere il consenso per i trattamenti dei dati illustrati nell'informativa stessa apponendo la Sua/Vostra firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei/Voi può/potete decidere liberamente di dare o meno il consenso per l'utilizzazione dei Suoi/Vostri dati per attività di informazione e promozione commerciale, di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Acconsento/tiamo  SI  NO

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Zurich Insurance plc  
Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari  
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano  
Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) al n. 1.00066 in data 3/1/08 - C.F./PIVA/R.I. Milano 05380900968  
Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia  
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it - www.zurich.it



**ZURICH**<sup>®</sup>